



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

Oswaldo Cruz 2075 Cap. Fed

Tel: 4126-0900

mail: areadiscapacidad@ospapel.org.ar

CONSENTIMIENTO PARA INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Lugar: Fecha: /

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellido: DNI:

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido / Razón Social:

Domicilio real donde se brindara la prestación: Localidad y Provincia:

Mail: Categoría:

Teléfono: Celular:

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: Período Año:

Desde Hasta

Cantidad de Sesiones: Semanales Mensuales

Marcar **dependencia** según corresponda: SI NO

CRONOGRAMA

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hasta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma y sello de la institución

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al Beneficiario con DNI

Aclaración

DNI

Firma